

ロボット手術認定施設 研修修了証明書 様式1

年 月 日

(一・社) 日本産科婦人科内視鏡学会理事長殿

日本産科婦人科内視鏡学会 ロボット手術技術認定申請にあたり、技術認定制度規則 第14条3)に定められた期間修練を行った研修修了証明書を提出します^{注1~2)}。

ふりがな			
申請者氏名			
生年月日(性別)	年 月 日生 (男・女)		
現住所	〒 - 電話() -		
ロボット手術認定研修施設名	施設名: ロボット手術認定研修施設番号: 所属科:		
	ロボット手術認定研修施設責任者: (日本産科婦人科内視鏡学会 会員番号:) ^{注3}		
	研修期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
本証明書提出者の現勤務施設所在地・連絡先	〒 -		
	施設名: 所属科:		職名:
	TEL :	FAX :	
	Email :		
日本産科婦人科内視鏡学会 入会年月日・会員番号 ^{注3}	年 月 日	会員番号:	
日本専門医機構(日本産科婦人科学会) 専門医認定番号			

(ロボット手術認定研修施設責任者自筆^{注4}) _____ は (申請者名) が所定の期間指導を受けたことを証明します。
以上相違ございません。

年 月 日

(ロボット手術認定研修施設名) _____

注1: 研修修了の認定を受けるためには、6か月間以上、ロボット手術認定研修施設に常勤で所属し修練を行う。
本様式1は、研修期間条件を満たす申請者用のものです。6か月間の研修期間における勤務先が2ヶ所以上に渡る場合には本頁を複写して、全ての研修施設における研修期間について記載して下さい。

注2: 本学会員の会員番号は会員専用ページにて確認できます。

注3: 申請者の勤務時と申請現時点での認定研修施設責任者が交替している場合、現在の認定研修施設責任者の代筆でも可としますが、可能な限り勤務当時の認定研修施設責任者の自筆サインを申請者がもらうようにしてください。